

# 扶養家族（40歳～） 人間ドック 受検申込書

阪和興業健康保険組合

		申込日	令和	年	月	日
健康保険 被保険者証の 記号・番号	(記号—番号) —	(被保険者名)  ⑩				
フリガナ		(会社名・事業所名)  (TEL )				
受検者 (扶養家族氏名)						
受検者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日	連絡先 (TEL)	
住所 (問診票送付先)	(〒 — )					

健診機関 希望場所を○ で囲んで下さい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・結核予防会（大阪総合健診センター）</li> <li>・結核予防会 堺複十字診療所（堺高島屋内）</li> <li>・聖授会（総合健診センター）</li> <li>・聖授会（OCAT予防医療センター）</li> <li>・聖授会（フェスティバルタワークリニック）</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・コーナンメディカル（鳳）</li> <li>・寿楽会 大野クリニック</li> <li>・MedCity 2 1（あべのハルカス）</li> <li>・多根クリニック（大阪ベイタワー）</li> </ul>	
	レディースドック	予防会（大阪）のみ選択 （毎週月曜日午後限定）	希望する	希望しない
第一希望日	令和	年	月	日（ ）曜日
第二希望日	令和	年	月	日（ ）曜日
第三希望日	令和	年	月	日（ ）曜日

〔オプション検査（男子）〕  
前立腺ガン（血液）検査（PSA） ※当年度3月末までに50歳以上の方は、自動的に含まれます。

〔オプション検査（女子）〕

骨密度（骨粗鬆症検査）	希望する	希望しない
乳腺検査（どちらか選択）	超音波	マンモグラフィ

＜受検者記入欄＞（補足があれば記入して下さい。）

＜健保記入欄＞